

## Protect your health and your fund... make SMART CHOICES!



- Go to a primary care provider or urgent care center for non-emergencies.
- Go to an office, independent lab, or non-hospital center instead of a hospital, when possible.
- Ask your doctor if you can get outpatient surgery in an office or surgical center instead of a hospital.

*These smart choices cost you and your health fund less!*

## ¡Proteja su salud y su fondo... tome DECISIONES INTELIGENTES!



- Cuando no se trate de emergencias vaya con un proveedor de atención primaria o a un centro de urgencias.
- Cuando sea posible, acuda a una clínica, laboratorio independiente, o centro no hospitalario en lugar de ir al hospital.
- Pregunte a su médico si la cirugía puede ser ambulatoria en una clínica o centro de cirugías en lugar de un hospital.

*¡Estas elecciones inteligentes reducirán los costos para usted y su fondo de salud!*

Effective: 08/13/2018 • Vigente a partir del: 08/13/2018



*This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.*

*Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.*

Blue Cross Blue Shield	
Calendar Year Deductible	\$0
<b>Office Visits</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Preventive Care Services	No charge
Primary Care Provider* (PCP)	\$10 copay
Doctor on Demand (telemedicine)	\$10 copay
Specialist*	\$25 copay
Mental Health/ Substance Abuse*	\$10 copay
<b>Emergency &amp; Urgent Care</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Urgent Care Center	\$30 copay
Emergency Room* (ER) Emergency (waived if admitted)	\$100 copay
Emergency Room (ER) Non-emergency/routine care	50%
Ambulance (waived if admitted)	\$100 copay
<b>Outpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>
Outpatient Surgery* In an ambulatory surgical center	\$100 copay
Outpatient Surgery:* In a hospital	\$200 copay

\*Includes all care provided during the visit

Blue Cross Blue Shield	
Deducible por Año Calendario	\$0
<b>Visitas a la Clínica</b>	<b>Usted Paga</b>
Atención Preventiva	Sin cargo
Médico de Atención Primaria* (PCP)	Copago de \$10
Doctor on Demand (telemedicina)	Copago de \$10
Especialista*	Copago de \$25
Tratamiento de Salud Mental/ Abuso de Sustancias*	Copago de \$10
<b>Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias</b>	<b>Usted Paga</b>
Centro de Urgencias	Copago de \$30
Sala de Emergencia* (ER) Emergencia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$100
Sala de Emergencia (ER) No emergencias/atención de rutina	50%
Ambulancia (eliminado si lo admiten)	Copago de \$100
<b>Servicios Ambulatorios</b>	<b>Usted Paga</b>
Cirugía Ambulatoria* En centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$100
Cirugía Ambulatoria:* En un hospital	Copago de \$200

\*Incluye toda la atención proporcionada durante la visita



Find a network provider near you at [www.bcbsil.com](http://www.bcbsil.com)

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en [www.bcbsil.com](http://www.bcbsil.com)

Turn over for more information • Vea el reverso para más información



Physical and Occupational Therapy 60-visit max/calendar year combined	Office or non-hospital \$15 copay	Hospital \$35 copay
Speech Therapy 30-visit max/calendar year		
Infusion Medication, Chemotherapy	Home No charge	Hospital 20% (\$200 max)
	Non-hospital \$10 copay	
Kidney Dialysis	Office or dialysis center No charge	Hospital 20% (\$200 max)
<b>Inpatient Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
Hospitalization*	\$200/day (\$400 max per hospitalization)	
<b>Lab &amp; Imaging</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
Laboratory Services, X-Ray, Ultrasound	Office or non-hospital \$15 copay	Hospital \$75 copay
Imaging (CT, MRI, PET)	Office or non-hospital \$100 copay	Hospital \$200 copay
<b>Select Covered Services</b>	<b>PPO Network — You Pay</b>	
Diabetes Education Unlimited visits	No charge	
Nutritional Counseling Up to 4 visits per calendar year	No charge	
Home Health Care 60-visit maximum per calendar year	\$10 per visit	
Hospice Care	No charge	
Skilled Nursing Facility 60-day maximum per calendar year	\$200 per admission	
Chiropractic Up to 12 visits per calendar year	\$15 copay	
Acupuncture Up to 12 visits per calendar year	\$15 copay	
Routine Podiatry Up to 4 visits per calendar year	\$15 copay	
Orthotics Up to \$500 every 24 months	No charge	
Medical Equipment for Home Use	20%	
<b>Out-of-Pocket Spending Limits:</b> Once your cost sharing for covered network expenses reaches these limits, the Plan pays 100% for most of your covered network expenses for the rest of the year <i>(see your SPD for expenses that don't count)</i>	\$5,000 individual; \$10,000 family	
<b>Non-Network Services:</b> Preventive care, routine care in an emergency room, kidney dialysis, chiropractic care, acupuncture, routine podiatry, orthotics, medical equipment for home use, nutritional counseling, and diabetes education <b>ARE NOT AVAILABLE FROM NON-NETWORK PROVIDERS</b> <i>(see your SPD for all services not covered)</i>	50%	

Terapia Física o Ocupacional: Máximo de 60 visitas por año calendario	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$15	En hospital Copago de \$35
Terapia del Habla: Máximo de 30 visitas por año calendario		
Medicamento por Infusión, Quimioterapia	En el hogar Sin cargo	En hospital 20% (\$200 máximo)
	Otro lugar que no sea hospital Copago de \$10	
Diálisis del Riñón	Clínica o centro de diálisis Sin cargo	En hospital 20% (\$200 máximo)
<b>Servicios con Hospitalización</b>	<b>Usted Paga</b>	
Hospitalización*	\$200/día (\$400 máximo por hospitalización)	
<b>Laboratorio y Exámenes por Imágenes</b>	<b>Usted Paga</b>	
Servicios de Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$15	En hospital Copago de \$75
Exámenes por Imágenes (CT, MRI, PET)	Clínica o otro lugar que no sea hospital Copago de \$100	En hospital Copago de \$200
<b>Servicios con Cobertura Selectos</b>	<b>Usted Paga</b>	
Educación sobre la Diabetes Visitas ilimitadas	Sin cargo	
Asesoría Sobre Nutrición Hasta 4 visitas por año calendario	Sin cargo	
Atención a la Salud en el Hogar Máximo de 60 visitas por año calendario	\$10 por visita	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	Sin cargo	
Instalaciones de Enfermería Especializada 60 días máximo por año calendario	\$200 por admisión	
Quiropráctico Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Acupuntura Hasta 12 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Visita al podólogo Hasta 4 visitas por año calendario	Copago de \$15	
Ortopedia: Hasta \$500 cada 24 meses	Sin cargo	
Equipo Médico para Uso en el Hogar	20%	
<b>Límite de Gastos de Bolsillo:</b> Una vez el costo comparado de gastos con cobertura dentro de la red llega a estos límites, el Plan paga el 100% de sus gastos con cobertura dentro de la red durante el resto del año <i>(consulte su SPD para gastos que no cuentan)</i>	\$5,000 individual; \$10,000 familia	
<b>Servicios Fuera de la Red:</b> Cuidados preventivos, atención de rutina en una sala de emergencias, diálisis renal, atención quiropráctica, acupuntura, podiatría de rutina, ortopedia, equipo médico para uso en el hogar, asesoramiento nutricional y educación sobre la diabetes <b>NO ESTÁN DISPONIBLES CON PROVEEDORES FUERA DE LA RED</b> <i>(consulte su SPD para todos los servicios que no tienen cobertura)</i>	50%	